

Année 1953.

483

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

G O D O Jacques, Daniel, Georges.

Né le 31 Janvier 1927, à Mortagne (Orne).

Présentée et soutenue publiquement le

=====
Contribution à l'étude

DES GERMES DENTAIRE SUPPLEMENTAIRES.

- oOo -

Président : Michel DECHAUME, Professeur.

- oOo -

1953

Année 1954

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

G O D O Jacques, Daniel, Georges.
Né le 31 Janvier 1927, à Mortagne (Orne).

Présentée et soutenue publiquement le

Contribution à l'étude
DES GERMES DENTAIRE SUPPLEMENTAIRES.

- oOo -

Président : Michel DECHAUME, Professeur.

- oOo -



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. BAUDOUIN, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, DEUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LE AITRE, LE LIERRE, LHERITTE, LIAN, LOEIER, LARION, LATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, ROUVIERE, SANNIE, SEBILLEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN : Léon BINET,
Membre de l'Institut.

ASSESSEUR : Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
(Hôtel-Dieu	BROCQ (P.)
(Saint Antoine	CADENAT (F.)
(Salpêtrière	MONDOR (H.)
(Cochin	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie ..	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
(Hôtel-Dieu	BENARD (H.)
(Bichat	LAROCHE (G.)
(Cochin	MOREAU (R.)
(Pitié	LE AIRE (A.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeuti- que	JUSTIN-BESANÇON (L.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Clinique médicale propédeutique	MASTEUR VALLERY-RADOT
(Tarnier	LANTUEJUL (I.)
Cliniques obstétricales ... (Baudeloque	LEVY-SOLAL (E.)
(Port-Royal	LACOMME (A.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel) ..	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHACHE (A.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique	LAMY (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BOUQUIN (A.)
Histologie	CHAILLY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	FIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDARD D'ALLAINES (F)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie médicale	BARIETY (E.)
Pathologie et thérapeutiques générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (Chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (I.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II.-PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

ML.

Anatomie	(N..
	(DEBEYRE (J.)
	(DELMAS (A.)
	(GAUTHIER-VILLARS
Anatomie pathologique	(Mlle F. pr.s.ch.
	(BUSSET (F.)
	(FASQUELLE (R.)
Bactériologie	(NEVOT (A.)

Biologie médicale	{ BOURLIERE (F.)
	{ ETTORI (J.)
	{ Pr.s.ch.
Chimie médicale	{ JAYLE (M. F.)
	{ Pr.s.ch.
Dermato-Syphiligraphie	{ SCHAFIRA (G.)
	{ N...
	{ BULLIARD (H.)
Histologie	{ Ir.s.ch.
	{ COUJARD (R.)
	{ DESCLAUX (I.)
Hydrologie	{ DEBRAY (C.)
Hygiène	{ BOYER (J.)
	{ DEFARIS (M.)
Médecine légale	{ DEROBERT (L.)
	{ GAULTIER (J.)
Neurochirurgie	{ N...
Neurologie	{ SEZE (S. de)
	{ GRASSET (J.)
	{ LEIAGE (F.)
	{ MAYER (M.)
Obstétrique	{ MERGER (R.)
	{ RAVINA (J.)
	{ VARANGOT (J.)
Ophtalmologique	{ OFFRET (G.)
	{ DESVIGNES (P.)
	{ HALPHEN (E.)
Oto-rhino-laryngologie	{ Pr.s.ch.
	{ MADURO (R.)
	{ BRUMPT (L.)
Parasitologie	{ CHABAUD
Parasitologie coloniale	{ ABOULKER (P.)
	{ CAULMANN (J.)
	{ GOSSET (J.)
	{ HUGUIER (J.)
	{ LAURENCE (G.)
	{ LEGER (L.)
Pathologie chirurgicale	{ OLIVIER (Cl.)
	{ PADOVANI (P.)
	{ POILLEUX (M.)
	{ ROUX (M.)
	{ RUDLER (J.-C.)
	{ VERNE (J.-M.)
Pathologie expérimentale	{ MERKLEN (P.)
	{ BERNARD (J.)
	{ BOUDIN (G.)
Pathologie médicale	{ CASTAIGNE (P.)
	{ CONTE (M.)
	{ DECOURT (J.)

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine de Tours

Le professeur Pierre V I A L L E

Chirurgien-Chef du Centre Hospitalier Bretonneau

mon Maître et mon Ami

et qui restera pour moi le patron

Le Docteur Jacques B I L L A R D

qui m'enseigna les meilleurs principes de la

Chirurgie, que je soigne avec dévouement,

ma reconnaissance la plus vive

Le Docteur Raymond B O I S R A M E

Stomatologiste du Centre Hospitalier Bretonneau

mon premier Maître dans la Spécialité.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

et à l'Institut de Stomatologie.

Chevalier de la Légion d'Honneur

Médaille Militaire

Droix de Guerre

Eminent praticien, il est pour moi l'objet
d'une profonde admiration.

Cette lettre lui est adressée avec reconnaiss-
sance et affection.

A vous deux que j'aime.

longtemps. Paul d'EGINE, dernier des auteurs classiques hellènes, aurait été le premier à recommander la réduction par l'extraction d'une anomalie causée par des dents surnuméraires.

Le dentiste détermine dans la denture de graves malpositions, souvent rapportées trop tardivement à leur cause, et posant à l'orthodontie des problèmes difficiles.

Nous étudierons successivement :

- LEUR PATHOGENIE
- LES DIFFERENTS CAS CLINIQUES en nous appuyant sur des observations
- LE TRAITEMENT qu'il convient d'appliquer à chaque cas.

$$K(1,2,3,4,5) = \{1,2,3,4,5\}$$

$$K(1,2,3,4,5) = \{1,2,3,4,5\}$$

L'analyse et la pathogénie des anomalies de l'ovule ont fait l'objet de nombreux travaux, mais que, toutefois, on n'est arrivé à des conclusions définitives.

On a proposé les notations suivantes à une formule générale concernant :
 3 - 1 - 4 - 5 (BAUME, MAGITOT, VIRCHOW).

La théorie d'une formation post-embryonnaire a été proposée : il s'agit d'une formation embryonnaire à partir des cellules. L'embryon n'est pas né. (BAUME, VIRCHOW).

La preuve de ces théories n'a pu être établie de façon certaine, et leur intérêt est purement spéculatif.

En fait, la dent anormale doit être considérée comme la forme la plus différenciée des tumeurs odontogènes.

Il existe une intermédiaire clinique entre :

a) - la dent anormale qui ressemble à un organe normal,

b) - la dent supplémentaire quelle que soit sa forme, qu'il soit unique ou multiple,

2) - Les adamantinomes plus ou moins anormaux au sein
desquels on peut trouver des formations dentaires

une récente étude sur les Adamantinomes (ou mieux Améloblastomes)
a permis de classer ces tumeurs en deux groupes : les adamantinomes
typiques et les adamantinomes atypiques. Les premiers sont
eux comme un améloblastome non-odontoplastique, ou, si
leur morphologie est troublée, un améloblastome non-dysodonto-

Les auteurs tirent les conclusions suivantes :

- 1°) "Les améloblastomes s'étant développés aux dépens
de l'épithélium embryonnaire, la formation d'une formation
dentaire doit se réaliser à brève échéance ;
seront des améloblastomes odontoplastiques.
- 2°) Les reliquats embryonnaires donneront les amélo-
blastomes ayant une tendance adamantine plus
ou moins poussée.
- 3°) Enfin, les cellules génératrices de l'épithélium
adulte donneront les améloblastomes non denti-
fiés, à maturation épithéliale plus ou moins
marquée."

En résumé, un améloblastome, qu'il se présente sous la forme d'une dent morpholo-
giquement normale ou d'un odontome simple ou multiple, se
développe aux dépens de l'épithélium embryonnaire.

- soit directement de la lame dentaire
- soit d'un épithélium déjà différencié.

Ces conclusions rejoignent d'ailleurs le travail de l'Ecole de Prague exposé par C. MELI.

Ces auteurs ont établi une théorie unique qui explique la genèse et qui permet une classification rationnelle de toutes les anomalies de développement du système dentaire, y compris les dents ectodermiques et les dents surannées.

Après un bref rappel embryologique, nous exposerons cette intéressante théorie :

Une dent provient d'une double ébauche

- l'une ectodermique, épithéliale
- l'autre mésenchymateuse.

De la lame dentaire d'origine ectodermique prolifèrent des bourgeons épithéliaux.

Chaque bourgeon se déprime en prenant la forme d'une cloche composée de 3 couches de cellules

- une couche externe
- une couche interne formée par des adamantoblastes qui produisent l'émail.
- une substance intermédiaire dite gelée de l'émail.

L'organe en cloche entoure la papille dentaire - formée de tissu mésodermique - qui donne, plus tard, la dentine.

Du bord de la cloche, la prolifération des cellules épithéliales continue sous la forme d'une couche dite Gaine

ectodermique de Hertel; à l'intérieur de cette gaine épithéliale se forme la dentine de la racine de la dent.

THOGENIE (Théorie de l'Ecole de Prague)

Les cellules formées d'origine par les cellules épithéliales de la dent dentaire d'origine ectodermique entourent le tissu mésodermique qu'elles entourent. Ce tissu devient la pulpe dentaire susceptible de proliférer et de former de la dentine ensuite, indépendamment de l'épithélium. (KEZL)

Toutes les cellules épithéliales du germe dentaire ont le même caractère biologique.

Ces cellules peuvent former quelques unes de ces cellules peuvent proliférer, et, former des évaginations ou des invaginations. Elles produisent alors des tissus

dentaires atypiques quant à leur situation ou à leur forme.

Les anomalies de développement des localités du DENTUREMENT dentaire
en 2 Classes principales :

- 1°) Les anomalies causées par une prolifération de
la COUCHE INTERNE de la gaine épithéliale.
- 2°) Les anomalies causées par une prolifération de
la COUCHE EXTERNE de la gaine épithéliale.

Dans la première Classe entrent : les parties rudimentaires,
les adénomes ou épithéliomes, les odontomes, les amélonomes,
les amélonomes inclus, les dents de forme anormale, hétéroty-
pique, les odontomes adhérents, les odontomes inclus.

La seconde Classe regroupe la grande majorité des anomalies dentaires

L'évagination et la prolifération de la couche externe de
la gaine épithéliale peut former un bourgeon épithélial, et,
ce bourgeon, s'il est rudimentaire, forme un odontome, s'il est
plus développé, il forme un amélonome, s'il est encore plus
développé, il forme un odontome. L'odontome tire son origine du germe de la dent de lait.
Ainsi se forme : soit une dent surnuméraire, soit un groupe
de dents rudimentaires ou une dent normale. Les dents
minuscules ou quelque peu irrégulières (voir figure)

Il arrive que la dent surnuméraire se joigne à la dent normale
et forme une dent surnuméraire. Cette dent surnuméraire est la
dent surnuméraire. Elle peut être rudimentaire ou normale. Elle
peut être normale ou rudimentaire. Elle peut être normale ou
rudimentaire. Elle peut être normale ou rudimentaire.

Cette dent surnuméraire est la dent surnuméraire. Elle est la

dent surnuméraire. Elle est la dent surnuméraire. Elle est la

dent surnuméraire. Elle est la dent surnuméraire. Elle est la

spécies d'odontoblastes de denture avec l'odontoblaste transitoire.

* Un odontoblaste libre équivalent à une dent rudimentaire à dentition gravement troublée."

Il existe une autre théorie pathogénique expliquant la formation de dents surnuméraires, ex, c'est que DUBOIS & DE CADRILLON

" L'augmentation du nombre des dents est provoquée par la colorification d'un ou de plusieurs bourgeons pendant la phase dentaire, et qui par suite se développent et disparaissent, ou se laissent aux dépens d'autres. Ces bourgeons aberrants ne diffèrent pas essentiellement des autres, puisqu'ils peuvent donner naissance à des dents d'adulte absolument normales, comme n'est le cas aux incisives rudimentaires, et souvent aux latérales rudimentaires, mais aussi, à des dents rudimentaires se transformant en la forme d'un grain de riz et la racine est effilée, et plus ou moins longue."

Tous deux théories, l'une de Stafford, se complètent mutuellement.

Nous pensons que :

1°) Dans le cas où il existe un rudimentaire rudimentaire

et sa remplaçante permanente, il s'agit d'un bourgeon supplémentaire sur la lame dentaire

2°) Dans le cas où une dent rudimentaire n'a pas de remplaçante

définitive, il s'agit alors d'une dégénérescence de la phase dentaire qui a donné naissance à une dent surnuméraire, par le même procédé que celui qui fait naître la dent permanente de la dent de lait

ETUDE CLINIQUE

FREQUENCE

Les cas de dents suralimentaires nous sont connus beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense ordinairement. Lorsqu'il n'y a pas de trouble dans l'alignement des incisives, la dent supplémentaire présente sur l'arcade peut facilement passer inaperçue; en outre, il faudrait faire des radiographies systématiques pour déceler les germes inclus.

Différents auteurs donnent comme moyenne : 4 à 5 pour 1.000

(H. Brabant, Klees, Philippart, Larla Searema), d'autres, des chiffres nettement inférieurs : 1 à 2 pour 1.000 (Busch, Pitt, Depenfort), d'autres, nettement supérieurs : 8 pour 1.000 (Anidéor).

Bateson a trouvé 2 % de dents suralimentaires chez le gorille, et 3 % chez le chien.

Nous avons examiné personnellement 500 enfants de 1 à 14 ans, dans le Service de Stomatologie de l'Hôpital Bretonneau.

Tous consultaient pour des soins dentaires, et non pour des soins orthodontiques. Nous avons donc enregistré 7 cas de cas de dents surnuméraires présentes sur l'arcade. Ceci donne une fréquence de 15 pour 1.000 environ.

Le fait de la dent surnuméraire est une anomalie de fréquence assez élevée, puisque de l'ordre de 1 à 2 pour 100.

ÉTAT DES DENTS

La dent surnuméraire est, le plus souvent, une dent de lait que les hommes.

On rencontre souvent également des dents surnuméraires dans le sexe masculin. Nous n'avons pu confirmer cette observation, car, dans ce cas, il s'agit d'une dent de lait qui a poussé chez un adulte, mais qui a été éliminée par le corps. On a donc pu constater que la dent surnuméraire est une dent de lait qui a poussé chez un adulte, mais qui a été éliminée par le corps.

ÉTAT DE LA DENTURE

Dans plus de la moitié des cas, nous avons retrouvé une dent surnuméraire semblable chez les personnes qui nous ont consultés. Nous n'avons, cependant, pu trouver aucun autre cas semblable.

nous étant heurté à la mauvaise volonté familiale habituelle dans toute enquête sur l'hérédité.

Une observation publiée par FOURNIER et G. MAUREL, dont malheureusement l'étude a été très incomplète au point de vue génétique, apporte des données intéressantes :

Dans la même famille, on relève : 5 cas de tumeurs odontoplastiques à inclusions multiples, et 3 cas de dents surnuméraires; l'importance et la gravité des anomalies augmentent de façon constante, au cours de trois générations successives.

Dans ce cas précis, il semble, bien que malgré les lacunes de l'arbre généalogique qu'on se trouve en présence d'une affection dominante.

N'ayant, d'autre part, retrouvé dans nos études aucun mariage consanguin, (qui est une présomption de récessivité), nous pensons que la tumeur odontoplastique (unique ou multiple) est une affection dominante dont la pénétrance est très faible dans la plupart des familles - par pénétrance, on entend la fréquence avec laquelle le gène en cause exprime ses effets : elle est tantôt très élevée, de l'ordre de 90 % par exemple, tantôt très faible, de l'ordre de 3 %. Un gène dont la pénétrance est faible est celui qui, bien que présent et transmissible ne se manifeste phénotypiquement que chez la plupart de ceux qui le possèdent.

Ce serait le cas pour les tumeurs odontoplastiques, ce qui expliquerait que leur fréquence est grande - à type nettement dominant - dans certaines familles, alors que, pour d'autres, on assiste à une résurgence sporadique sans type génétique défini.

Très rares sont les dents ou germes supplémentaires au niveau des prémolaires et molaires. Ils ne provoquent pratiquement jamais de troubles, et, d'autre part, la malposition des dents postérieures n'a pas grande importance fonctionnelle ou esthétique.

Toutefois, les risques de rétention plus ou moins définitive des molaires sont certains, et, il est bon d'en tenir compte dans le pronostic.

Beaucoup plus fréquents sont ceux de la région incisive que nous allons étudier du point de vue orthodontique.

$\Rightarrow \frac{1}{\sqrt{2}} = \frac{1}{\sqrt{2}} \cdot \frac{\sqrt{2}}{\sqrt{2}} = \frac{\sqrt{2}}{2}$

Cela nous, pour résumer, des accidents réflexes ~~variables~~ à ceux déclenchés par des canines incluses.

- soit directement,
- soit indirectement, une dent normale étant en malposition.

Le jeune Jean-Claude CH..., 10 ans, consulte au service de Stomatologie de l'Hôpital Bretonneau, pour des douleurs au niveau de la lèvre supérieure. A l'examen, nous constatons que cette lèvre est gonflée. Elle présente à sa face interne, une lésion importante, due à la présence de l'implicite dentaire gauche supérieure, qui fait son éruption dans le vestibule. Outre la persistance de nombreuses dents temporaires, on constate que deux incisives latérales morphologiquement normales sont présentes sur l'arcade supérieure à gauche.

Les germes qui, dans les incisives inférieures, se trouvent dans la région incisive inférieure, sont ceux de la région incisive. Surtout ceux de la région incisive supérieure où ils siègent avec prédilection. Leur morphologie est extrêmement variable.

III - Les incisives

- Ressembler à une incisive normale, ce qui est de règle dans la région incisive inférieure, et très fréquent au niveau des latérales supérieures,
- ou, prendre une forme conoïde, avec une racine effilée,
- ou encore, être ovoïdes ou sphériques,
- ou enfin, être tout à fait atypiques : coudoïde quadrituberculé par exemple (Observation VIII)

Des différences de morphologie, dues à des causes diverses, sont d'importance pour l'Orthodontiste.

La gravité et la capacité des problèmes observés ne sont pas conditionnés par la forme de la racine, mais uniquement par son existence.

Avec notre Maître le Docteur CAUSSE, nous pensons qu'il faut considérer :

- Suivant que le germe fait ou non éruption

1er C A S

EXISTENCE D'UN ORGANE DENTAIRE SURNUMÉRAIRE

Evolution dans la denture temporaire

A l'occasion d'un examen pratiqué par un autre médecin, chez un enfant de 4 ou 5 ans, on constate la présence de 1 ou 2 incisives surnuméraires sur l'arcade.

Cette anomalie est, presque toujours ignorée des parents,

car les dents de lait paraissent se développer par des trajectoires

sont, dans ce cas, rapprochées, mais alignées de façon esthétique.

OBSERVATION II

Jeune fille de 5 ans : 2 incisives latérales supérieures surnuméraires, une à droite, une à gauche, l'arc incisif temporaire composé de 6 éléments est correctement aligné.

OBSERVATION III

Eveline L..., 5 ans et demi : 1 incisive latérale supérieure gauche surnuméraire.

A propos de ces anomalies de la denture temporaire, rappelons qu'elles ne laissent préjuger en rien de ce que sera la denture permanente.

en nombre et position normale.

correspondent des dents permanentes.

OBSERVATION IV

Cette belle observation qui nous est venue à l'attention du Docteur NICOLLE, nous montre chez la jeune

La radiographie révéla deux incisives latérales permanentes correspondantes. L'enfant avait donc un arc incisif composé normalement de six incisives, tant à la denture de lait qu'à la denture définitive.

Evolution dans la Denture Permanente

L'enfant âgé de 6 à 9 ans est amené :

- soit, pour une cause anormale ayant eu lieu au moment de l'anomalie, par exemple : une ulcération traumatique de la face interne de la lèvre, due à une éruption vestibulaire (OBSERVATION I, page 13)
- Soit, parce qu'une dent anormale évolue : au niveau de la papille palatine ou, sur l'arcade.

le palais ou dans le vestibule, et, l'intégrité de l'arcade est respectée (OBSERVATION V)

Les dents surnuméraires prennent place sur l'arcade
et s'alignent parfaitement.

Observation VI

Un jeune homme, âgé de 12 ans, présente une
canine supérieure. A cette occasion, on constate la
présence de 2 incisives latérales supérieures, qui sont
normales, et s'alignent parfaitement.

Observation VII

M. G., 16 ans, présente deux incisives latérales su-
périeures symétriques, morphologiquement normales.
L'arcade inférieure, composée de 6 dents, est parfaite-
ment esthétique; malheureusement, les canines qui
se trouvent en vestibulo position.

Les dents latérales sont généralement en position normale
position que l'on peut classer en 3 Ordres, bien que,
généralement, elles soient en position en vestibulo position
des formes complexes.

1) Des Rotations axiales, souvent de 90°

Observation VIII

Le jeune St..., âgé de 7 ans et demi, présente un
odontofide quadrituberculé, au niveau de l'incisive
supérieure gauche; celle-ci est distalée, et en
rotation de 90°.

2) Des Déplacements dans le sens vestibulolingual

OBSERVATION IX

Catherine de B..., 10 ans présente deux incisives latérales supérieures proclives. Elles sont placées l'une devant l'autre.

En fait, il s'agit de deux proclivités, que l'on a pu constater la dent inférieure qui était en légère position, grâce aux incisions différentes des deux incisives, mais, dans le nombre, on a pu constater que l'on n'a pas pu la contrôler. Il faut alors bien contrôler la position, la dent, et contrôler la position de la dent. On a constaté la position de la dent.

3) Des Déplacements dans le sens mésio-distal.

OBSERVATION X

Andrée Ch..., 8 ans, présente deux odontoides dans la région des incisives centrales supérieures. Elles sont situées sur l'arcade, sans distalité entre les deux.

OBSERVATION XI

Marcel Z..., 9 ans, est un cas plus complexe. Il présente 3 odontoides : 2 palatins - derrière les incisives centrales supérieures, et 1 situé sur la gomme palatine - et 1 vestibulaire au point incisif. Sa centrale gauche est en place sur l'arcade. Les autres sont distales, et en légère vestibulo-distale.

INCISIVES CENTRALES DANS UN CAS À DISTANCE

Elles sont comprises de deux incisives centrales et latérales de la denture permanente.

Elles sont, en fait, comprises entre les incisives latérales et les incisives latérales, et il existe un diastème entre elles. Elles sont, en fait, comprises entre les incisives latérales et les incisives latérales, et il existe un diastème entre elles. Elles sont, en fait, comprises entre les incisives latérales et les incisives latérales, et il existe un diastème entre elles.

Rotations sur l'axe et Déplacement mésio-distal

Observation III

Andrée Co..., 9 ans et demi, présente une rotation de 90° de ses incisives centrales et latérales droites. Elles sont également distalées, et il existe un diastème entre la centrale gauche et la latérale gauche. La radiographie a montré l'existence d'un germe supplémentaire au niveau du diastème.

Rotations sur l'axe et Déplacement mésio-distal

Observation IIII

Serge B..., 10 ans et demi, présente une rotation de 90° de ses incisives centrales et latérales droites. Elles sont également distalées, et il existe un diastème entre elle et la centrale droite. Là aussi la radiographie a montré l'existence d'un germe supplémentaire.

Dans ces deux cas (XII et XIII) il y avait sur l'os la ligne horizontale pour les alignements de toutes les dents. Contrairement à ce qu'on voit dans les radiographies de la région maxillaire, les éléments de l'arc incisivo-canaux s'appuyant sur les dents, se trouvent dans un espace très étroit. Un seul aspect était immédiatement visible, à savoir que les dents, dans ces cas, sont déplacées et sont rotées latéralement de certaines dents pour les aligner de façon à ce qu'elles soient par des diastèmes.

Ces malpositions doivent faire penser à la possibilité de germe surnuméraire. La radiographie est indispensable, car, comment espérer les réduire, si l'on n'agit pas sur la cause ?

Dans l'observation suivante (XIV) on constate qu'il n'existe aucun diastème.

Rotation latérale des dents à un déplacement dans le sens vestibulolingual.

OBSERVATION XIV

Jean Lou, 14 ans, consulte pour une malposition de son incisive centrale supérieure gauche, en rotation sur son axe, et en position vestibulaire. On relève une lésion au niveau de la papille latérale. La radiographie confirme la présence d'un cémentome.

temporaires mais, au lieu et place de l'incisive centrale gauche, existait un large diastase central droit, et sa latérale gauche palpation on ne sentait rien. La radiographie décelait que l'incisive parfaitement normale était remplacée par une dent conoïde.

ve
ntre
à
contra
que

Observation VIII

Hubert L..., âgé de 14 ans, fut examiné parce que son incisive centrale gauche demeurait incluse. La radiographie décela 2 germes supplémentaires : 1 au-dessous, et 1 au-dessus d'elle.

Les germes qui provoquent ces rétentions sont généralement globuleux, et peuvent se présenter sous forme de kystes, de tumeurs, d'odontomes, et même les adamantinomes qui se manifestent toujours par la formation d'un kyste épithélial.

DEVELOPMENT

Evident lorsque le germe sur le embryon a fait son éruption, la dent normale, il est tout de même nécessaire de faire un examen radiographique. Ce dernier montrera la racine, sa longueur, sa forme, une courbure éventuelle.

LE GERME ERUPTIF SUR L'EMBRYON

Lorsque le germe fait son éruption avant ou en même temps que la dent normale, il est tout de même nécessaire de faire un examen radiographique. Ce dernier montrera la racine, sa longueur, sa forme, une courbure éventuelle. Les dents supplémentaires sont souvent multiples, symétriques. Une autre, incluse, est à soupçonner.

OBSERVATION XIX

La radiographie montre que celle-ci est normale, mais elle montre également la présence d'une deuxième dent conoïde inversée au niveau de l'apex de la centrale droite qui a fait son éruption en légère rotation.

La radiographie montre également la présence d'une troisième dent incluse au niveau de l'apex de la centrale gauche.

des dents, surtout les incisives et les canines, qui est capital pour le pronostic et le traitement.

UNE SUTILE ENTAINE INCLUS et MALPOSITIONS.

Il arrive de petites dents incluses, les incisives et canines, et les malpositions incisives, il se reconnaît par le examen clinique et la radiographie était systématiquement pratiquée.

Consulter les radiographies des malpositions peuvent attirer l'attention :

- Les malpositions apicales,

- Les incisives incluses entre une dent adhérente

- Les incisives, alors que la place sur l'arcade est suffisante pour l'admettre en position normale.

Enfin, les particularités anatomiques, la forme et la radiographie est indispensable pour les cas de malpositions incisives d'apparence banale.

UNE CROISSANCE ANORMALE et ATROPHIE

Il arrive de petites dents en plusieurs dents, les incisives conclusions s'imposent.

Les incisives peuvent être incluses dans les dents adhérentes.

Il peut y avoir six mois d'écart entre l'éruption de l'une, et de sa symétrique. Mais, au-delà de six mois, l'examen

radiogène, nique est indispensable. Il ne faut pas perdre de temps avec le diagnostic de retard de dentition d'autant plus improbable que les autres dents sortent en temps voulu.

Il ne faut pas non plus arguer du manque de place pour quelques millimètres. Le manque de place n'empêche pas l'évolution normale d'une dent. Il provoque seulement les malpositions qui peuvent être pulsatives - soit palatines, soit vestibulaires, soit, enfin, des rotations -.

La saillance que devrait faire la dent correspondante l'absence est un signe tellement important qu'il n'est pas à négliger. Il risque d'ailleurs d'être interprété comme l'absence d'un produit de la dent normale.

Le seul signe incontestable est le radiogène. Mais. Encore ne faut-il pas hésiter à le faire avec plusieurs incidences, pour éviter la projection des dents surposées sur les dents normales et risquer de les confondre.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

C'est avec le radiogène que systématiquement doit porter le diagnostic différentiel avec d'autres causes locales de malposition ou de rétention, à savoir :

a) Parmi les causes de malpositions

- la présence au voisinage des racines des incisives d'une carrière horizontale

TRAITEMENT ORTHODONTIQUE

Le traitement orthodontique est une science et une art.

Le traitement orthodontique nous envisagerons successivement

1°) l'extraction du germe supplémentaire

sorti

inclus

2°) le traitement des malpositions

3°) le traitement des inclusions

TRAITEMENT DU GERME SUPPLÉMENTAIRE

Le traitement des troubles apportés dans la denture par les dents

supplémentaires et les adénomatiques ne peut être entrepris

sans la suppression de ceux-ci. C'est une évidence.

Essayer de réduire la malposition sans faire disparaître

l'obstacle amène inévitablement

- soit à l'écoulement

- soit à la résorption radiculaire des dents déplacées

reculant.

e

Le plus souvent, la malposition apicale est masquée par la rotation, et il faut la rechercher systématiquement : cliniquement, mais surtout à l'aide de la radiographie buccale prise en incidence verticale. La réduction de la rotation de ces dents fait apparaître au fur et à mesure des progrès du traitement de la version labiale, labiale ou vestibulaire provoquée par la malposition de l'apex.

Le résultat final ne vaut quelquefois pas mieux au point de vue esthétique que l'état initial, et même par la construction ultérieure d'une "jacket-crown" ou d'une dent à facon. Le traitement orthodontique ne sera donc indiqué que s'il peut rendre le travail prothétique plus facile et plus esthétique. Sinon, il est inutile.

Dans les cas heureux où n'y a pas, ou peu, de déplacement apical le traitement orthodontique donne d'excellents résultats. Il convient, toutefois, de maintenir le dent au moins après la fin de la réduction.

De très nombreux appareils sont à notre disposition pour faire tourner les dents. Certains sont très compliqués, et

il semble que les meilleurs soient toujours les plus simples.

CAHILL utilise un dispositif composé d'une lague sur la dent en rotation. Sur la face vestibulaire de cette lague est passé un fil d'acier dur de 0,5 ou 2,5, plus ou moins épais pour

À quelque distance le contour de l'arcade, du côté de
le bord de la dent malposée est visible. La dent tourne
sous l'influence de la force qu'il développe quand on
l'applique sur l'arcade, ou le ligaturant à la première
molaire et à la première prémolaire (voir figure).

TRAITEMENT de L'INCLUSION

Le pronostic de l'évolution d'une dent retenue par un utérus
après l'enucléation de celui-ci est difficile à faire.
Dans la majorité des cas, la dent reste incluse. Il arrive
toutefois assez souvent que quelques mois, ou même quelques
années après l'intervention, elle fasse son éruption, et
prenne place sur l'arcade. Ce qu'elle ne fait, d'ailleurs,
que lentement et imparfaitement en raison des malpositions
apicales.

On ne peut tenir compte de l'âge de l'enfant ou des caracté-
ristes morphologiques de la dent retenue. L'inclusion persiste
chez les enfants opérés précocement, et, par contre, CAUDRY
cite le cas d'un enfant de 14 ans dont l'incisive est éruptive
bien qu'un seul des deux odontoïdes ait été enlevé.
Le même auteur cite également le cas d'une éruption partielle
alors que l'incisive présentait un apex crochu.

Les variations observées dans l'évolution de ces dents relatives
doivent être expliquées par des causes autres que l'âge ou les
variations mécaniques.

Notre Maître THOMAS a émis l'hypothèse que la réaction
était due : d'une part à une invasion osseuse, et, d'autre
part, à la destruction de l'OS DE PULPE lors de l'interva-
tion, hypothèse proposée par THOMAS pour les dents
incisives.

Ceci pour cette raison qu'il ne faut pas oublier de
réaction osseuse au-dessus de la dent résorbée.

Autrefois, enfin, de plus, par trois autres raisons :

- a) La réaction osseuse rompt l'équilibre de l'arcade, et
risque de provoquer des déplacements des dents voisines.
- b) Lorsqu'un os, un élémentaire ou un élémentaire entre-
dit une destruction osseuse de grande étendue, on
constate souvent que les dents voisines s'élèvent, et
dans cette région demeurant en INFRA-OCCLUSION, comme si
la partie de l'os résorbé ne pouvait plus se déplacer.
De même, lors de l'implantation d'un os, on constate
aussi, lorsque la difficulté de l'insertion oblige
à une large réaction osseuse, souvent l'implant
retenu n'atteint pas le plan d'occlusion.

En vue de rétention, le traitement au Monopressur de la dent.

- Maintien de l'espace nécessaire à la dent,
- Incision de la fibro-muqueuse,
- Traction sur la dent, effectuée par l'intermédiaire d'une petite lague ou d'une chaîne de dentelle posée sur la dent.

En raison des complications possibles, le traitement au Monopressur des dents doit être obtenu au résultat parfait, sans, cependant, être douloureux.

Vu, Le Doyen :

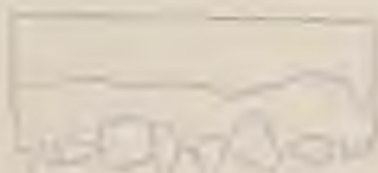
Léon BINET

Vu, le Président de thèse :

Michel DECHAUME

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :

Jean SARRAILH.



Observation X



Observation XII



Observation XIII



Observation XIV



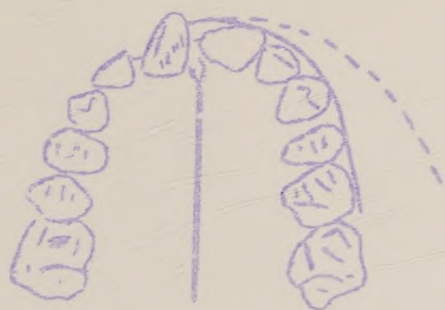
Observation XI



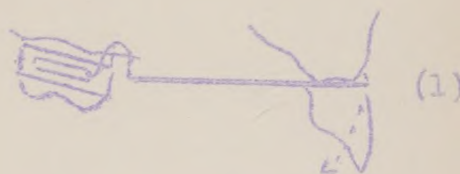
Observation XIV



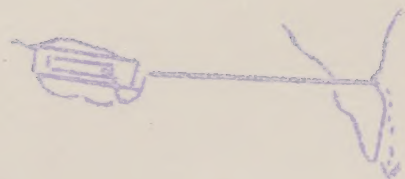
Théorie pathogénique de l'Ecole de Prague.



Réduction de la rotation



(1)



(2)

TRACTION : La boucle ne doit pas être faite dans le sens usuel (1), mais dans le sens opposé (2).

